

REVUE

DE

GYNÉCOLOGIE

ET DE

CHIRURGIE ABDOMINALE

PARAISSANT TOUS LES DEUX MOIS

SOUS LA DIRECTION DE

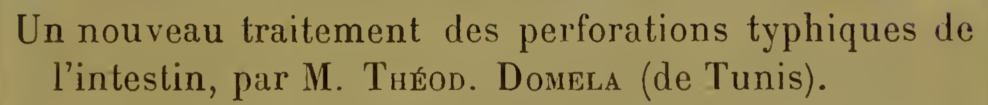
S. POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Broca,
Membre de l'Académie de médecine.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

F. JAYLE

EXTRAIT



Un nouveau traitement des perforations typhiques de l'intestin, par M. Théod. Domela (de Tunis).

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.*
N° 4. — Juillet-Août 1905.)

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

La Gynécologie, qui a été longtemps considérée comme une simple dépendance de l'Obstétrique, est devenue de nos jours une branche importante de la Chirurgie. S'il en est ainsi dans tous les pays, nulle part ce mouvement n'a été plus marqué que dans le nôtre.

Tous ceux qui s'en occupent d'une façon spéciale, et qui, par suite, sont devenus des laparotomistes exercés, ont été amenés à étudier particulièrement la chirurgie abdominale. Ainsi, par une pente naturelle, Gynécologie et Chirurgie abdominale se sont trouvées intimement associées et dans la pratique et dans la théorie.

La présente publication consacre cet état de choses. Placée sous la direction d'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris les plus versés dans cette double étude, elle fait une part égale à la Gynécologie et à la Chirurgie abdominale. Sous ce dernier terme, est réuni tout ce qui a rapport aux parois de l'abdomen et à son contenu, y compris le rectum, à cause de ses affinités nombreuses au point de vue clinique et opératoire avec le reste du tube digestif. Exception est faite seulement de ce qui a trait uniquement au sexe masculin dans les organes génito-urinaires, ou de ce qui est notoirement du ressort de l'urologie.

L'esprit dans lequel a été conçue cette publication est le même que celui qui a présidé à la rédaction du *Traité de Gynécologie clinique et opératoire* de son directeur. Chirurgien français, il s'attache surtout à faire connaître les travaux français. Mais, persuadé que, de nos jours, l'horizon scientifique ne saurait être borné par des frontières, il s'efforce aussi de donner à la *Revue* un caractère international. Les travaux étrangers y sont largement analysés; en outre, les colonnes de la *Revue* sont ouvertes aux chirurgiens et gynécologistes de tous les pays qui veulent bien y publier leurs recherches originales.

Le but de cette publication est non seulement de donner une idée complète du mouvement scientifique contemporain en France et à l'étranger, mais encore de contribuer, pour sa part, aux progrès d'une des branches de la Chirurgie qui ont le plus bénéficié de l'ère nouvelle inaugurée par les travaux de Pasteur.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

La **Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,** *publiée en 6 fascicules de chacun 160 à 200 pages, paraît tous les deux mois; elle forme chaque année un fort volume très grand in-8°.*

Les fascicules sont accompagnés de figures dans le texte et de planches hors texte en noir et en couleurs. Ils comprennent des Mémoires originaux; des Revues critiques; des Analyses des journaux français et étrangers, et un Bulletin bibliographique.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

France (Paris et Départements) . . . . 28 fr.
Etranger (Union postale). . . . . 30 fr.

Les fascicules sont vendus séparément au prix de 6 francs.

Les auteurs reçoivent 100 exemplaires de leurs mémoires : ils ne peuvent en faire tirer davantage, même à leurs frais.

(*Voir page 3 de la couverture la liste des Mémoires publiés en* 1903.)



UN NOUVEAU TRAITEMENT

DES PERFORATIONS TYPHIQUES DE L'INTESTIN

Par Théod. DOMELA (de Tunis)
M.D. – Lic. R. Coll. Phys. Lond. & Memb. R. Coll. S[illegible]

Il est universellement reconnu que les perforations intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde constituent une complication dont la gravité est extrême; et comme elles sont relativement fréquentes — de 1 à 3 sur 100 cas de fièvre typhoïde, — on peut leur attribuer une assez large part sur les causes de la mortalité totale de cette maladie — de 10 à 25 pour 100[1].

C'est pourquoi nous nous sommes cru autorisé à poser la question suivante : Est-ce que le traitement actuel de ces perforations correspond à tous les points de vue à ce qu'on est en droit d'exiger de notre science toujours en progrès? N'y aurait-il pas moyen de faire mieux encore?

Pour bien délimiter la discussion, nous ne voulons parler ni des moyens dont nous disposons pour prévenir dans une certaine mesure les perforations intestinales, ni du diagnostic de cette complication redoutable; nous supposons la perforation un fait accompli et le diagnostic posé sur les bases solides de l'observation clinique.

Faisons d'abord le bilan des résultats obtenus par les divers traitements actuels; grâce à cette expérience acquise, nous saurons sur combien de chances de salut nous pourrons compter si nous suivons les chemins déjà tracés par nos prédécesseurs.

---

1. 6 pour 100 selon les statistiques de Munich, 9 pour 100 selon Strümpell, 10 pour 100 selon Dieulafoy, 19 pour 100 selon Murchison et 27 1/2 pour 100 selon Osler. Du reste, il est à remarquer que les perforations typhiques sont environ deux fois plus fréquentes dans la race anglo-saxonne que chez les Français ou les Allemands.

D'abord, quels sont les résultats du traitement médical, c'est-à-dire *interne*? Là-dessus notre opinion sera vite faite, car l'accord est pour ainsi dire unanime : le traitement médical n'offre aucune chance sérieuse de salut; autrement dit : la perforation typhique soignée par les moyens internes mène presque fatalement à la mort. Nous n'ignorons pas que quelques rares guérisons ont été publiées et nous ne doutons aucunement de leur exactitude, d'autant moins que nous citons un peu plus loin un cas où, certainement, la première perforation n'a pas été mortelle. Mais il s'agit là de quelques exceptions excessivement rares, dont nous ne pouvons tenir aucun compte pour fixer notre ligne de conduite. Du reste, les auteurs classiques de tous les pays, Dieulafoy, Strümpell, Osler et tant d'autres nous enseignent tous la même chose : la perforation typhique traitée médicalement est toujours mortelle.

Et le *traitement chirurgical* actuel, quels résultats nous donne-t-il? Certes, de ce côté-là il y a déjà une lueur d'espoir! Du reste, quoi de plus logique que la laparotomie immédiate qui nous permet de trouver la source même du mal et de la tarir par une suture intestinale bien exacte, tout en combattant en même temps la péritonite à son début? Malgré cela, les résultats ne sont guère brillants; le geste est beau, mais l'effort souvent inutile. En effet, que nous apprennent les statistiques? Lejars a réuni 25 cas de laparotomie avec 6 guérisons, dont Dieulafoy en déclare 3 au-dessus de toute discussion. Firmey a publié 13 guérisons sur 47 cas opérés, c'est-à-dire presque 28 pour 100. La statistique de Mauger donne 25 guérisons sur 107 cas, c'est-à-dire 23 1/3 pour 100. Abbé n'admet que 3 guérisons certaines sur 17 cas non douteux de perforation typhique, c'est-à-dire presque 18 pour 100. D'autres auteurs plus récents ont publié des guérisons un peu plus nombreuses, mais leurs statistiques ne mentionnent que des nombres trop restreints de cas et ne nous permettent pas de généraliser. Quoi qu'il en soit, si nous voulons être généreux, nous pouvons admettre *une* guérison sur *quatre* à *cinq* opérés, c'est-à-dire 20 à 25 pour 100. Cela vaut mieux que rien, mais ce n'est pas bien encourageant ni pour l'opérateur, ni pour les parents du malade.

Nous voulons rechercher la ou les causes de la mort des malades opérés.

L'échec est dû quelquefois à ce qu'on opère trop tard; le sujet est trop faible ou bien la péritonite est déjà trop généralisée. Le shock

opératoire peut également être la cause de la mort. Mais la cause de beaucoup la plus fréquente est certainement *la formation de nouvelles perforations de l'intestin par d'autres ulcérations typhiques*; et qui dit perforation de l'intestin dit, dans ces cas-là, péritonite. En admettant que l'opération ait supprimé la première péritonite typhique, une ou plusieurs nouvelles perforations provoqueront une nouvelle péritonite qui, cette fois, sera mortelle. C'est à ce fait que nous attribuons la plus grande partie, voire la presque totalité des échecs opératoires et nous avons la conviction que beaucoup de décès attribués à une des autres causes, surtout de ceux qui sont attribués à l'intoxication éberthienne prolongée, sont réellement dus à une nouvelle péritonite typhique.

Si nous comparons les résultats opératoires, par exemple, à ceux obtenus dans les appendicites aiguës opérées à chaud, nous constatons de suite que l'avantage est tout à fait du côté des opérés d'appendicite, dont la mortalité — même des cas graves — ne dépasse certainement pas 20 à 25 pour 100, c'est-à-dire qu'elle est de 3 à 4 fois moins élevée; et pourtant les cas graves d'appendicite aiguë sont d'une toxicité excessive. C'est que normalement, chez le malade opéré d'appendicite, la cause même de la péritonite a été supprimée, tandis que chez le malade opéré pour une perforation typhique de l'intestin, la cause immédiate de la péritonite déclarée seule a été enlevée, mais toute la partie inférieure du jéjuno-iléon remplie d'ulcérations typhiques reste dans l'abdomen avec autant de risques d'une nouvelle perforation qu'elle contient de plaques de Peyer ulcérées. Ces constatations un peu théoriques sont, du reste, entièrement confirmées par de nombreux procès-verbaux d'autopsie; souvent, très souvent même, une nouvelle perforation de l'intestin a été découverte. Celle-ci est quelquefois grande, mais quelquefois aussi elle n'a que la dimension d'une tête d'épingle; parfois elle est unique, parfois on en trouve plusieurs. Peu importe; grande ou petite, unique ou multiple, c'est *elle* qui est la cause de la mort. Nous ne pouvons même pas nous empêcher de croire que là où on n'a pas constaté de nouvelle perforation, on ne l'a peut-être pas toujours suffisamment cherchée et on a pu partir du point de vue que la première péritonite pouvait suffire pour expliquer l'échec opératoire ou plutôt le décès.

Nous considérons le cas relaté par Dieulafoy dans son *Manuel de pathologie interne* (tome IV, pages 138 et 139, 13e édition) comme un cas typique de cet échec opératoire dû aux perforations successives, et

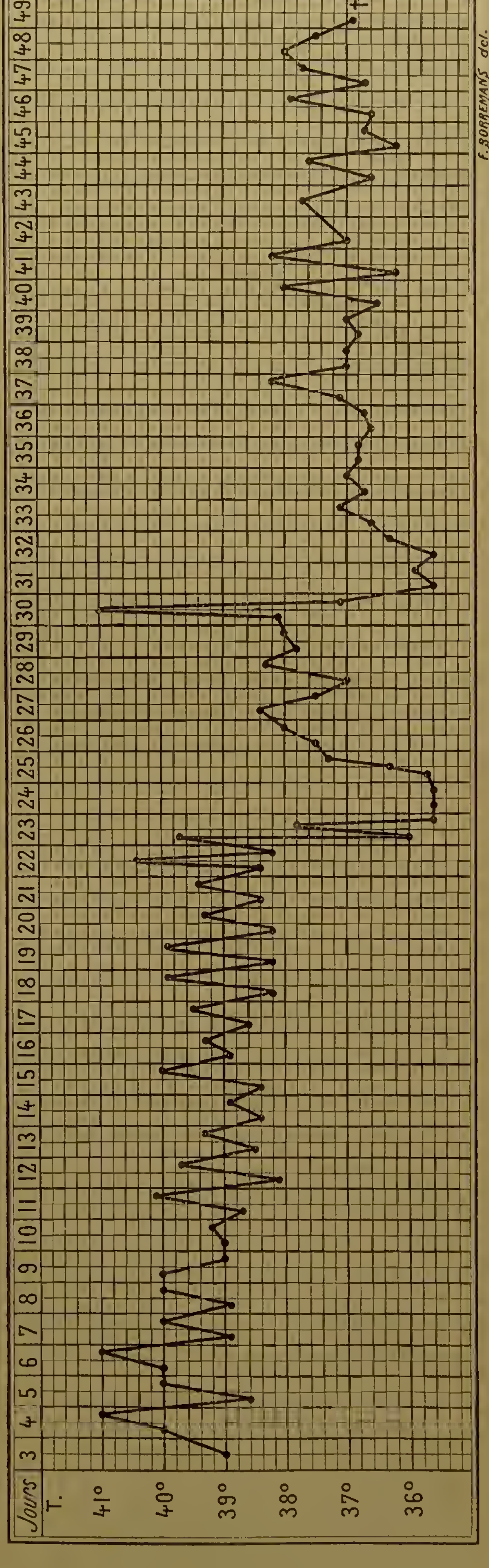
nous le citons en quelques mots comme un exemple excessivement instructif.

Observation I. — Homme atteint de fièvre typhoïde; perforation intestinale le quinzième et seizième jour; opération immédiate par Routier. Perforation du volume d'une petite lentille à la fin de l'iléon à 3 centimètres au-dessus du cæcum; lésion de péritonite avec quelques cuillerées de liquide fécaloïde dans le péritoine. Suture de l'intestin; toilette du péritoine. La situation du malade s'améliore et on le croit sauvé. Mais l'état s'aggrave de nouveau les jours suivants, le malade tombe dans le collapsus et meurt dix jours après l'opération. « A l'autopsie nous trouvons une péritonite de date récente avec du pus et du liquide fécaloïde dans la fosse iliaque droite; on croit au premier abord qu'une déchirure s'est faite au niveau de l'intestin suturé. Mais non, l'examen de l'intestin démontre que la perforation suturée est guérie, la *cicatrisation est complète*; il s'était fait, malheureusement, deux nouvelles perforations voisines de la première, l'une de la dimension d'une tête d'épingle, l'autre plus considérable. Le reste de l'intestin présentait les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

J'ai donc la conviction que l'opération eût guéri ce malade, si deux nouvelles perforations n'étaient survenues. On sait, du reste, qu'il n'est pas rare de trouver, aux autopsies, deux, trois, et un plus grand nombre de perforations, qui se font simultanément ou successivement.

Comme pendant du cas de Dieulafoy traité chirurgicalement, et comme exemple d'un cas de perforation typhique soigné médicalement, nous voulons donner l'observation suivante prise dans notre clientèle privée.

Observation II. — Garçon de quatorze ans, ayant toujours joui d'une bonne santé; se plaint depuis trois semaines de maux de tête, courbature et fatigue générale; se met au lit le 28 Avril 1904 avec de la fièvre. Nous le voyons pour la première fois le 30 Avril : douleurs générales, météorisme, température 39°. Les jours suivants la température monte à 40° et 41°, et une fièvre typhoïde de moyenne intensité se déclare, avec roséole, enflure de la rate, un peu de météorisme, légère albuminurie, etc. Grâce au traitement de Brand nous maintenons la température entre 38°5 et 40°. La maladie suit son cours normal jusqu'au vingt et unième jour, jour où le malade se plaint de vives douleurs abdominales, auxquelles se joignent bientôt après des vomissements ; la température oscille alors entre 38°4 et 39°, la fréquence du pouls est de 120 pulsations à la minute. Le lendemain, les vomissements persistent, la température monte à 40°4 et la fréquence du pouls à 144 ; la température



tombe ensuite brusquement à 38°2. Le jour suivant les vomissements continuent encore et la température qui était remontée à 39°7 tombe le matin dans l'espace de quelques heures à 36°, pour remonter dans l'après-midi à 37°4 et pour retomber le soir définitivement à 35°6. Diagnostic : perforation typhique de l'intestin avec péritonite. Traitement : repos absolu, glace sur l'abdomen, laudanum, piqures de caféine, diète rigoureuse. Le même jour nous invitons un confrère à voir notre petit malade avec nous ; notre confrère déclare être de notre avis et admet avec nous l'existence d'une perforation typhique de l'intestin et d'un commencement de péritonite. Nous agitons l'idée d'une intervention chirurgicale, mais étant donné le peu de chances de succès les parents refusent toute opération. Comme l'indique la courbe ci-contre, la température se maintient à 35°6 pendant presque deux fois vingt-quatre heures ; quant à la fréquence du pouls, elle varie de 96 à 108. Le deuxième jour après la perforation la température monte à 36°3 d'abord et dans la soirée à 37°3 ; les vomissements cessent ; nous permettons un peu de champagne glacé. Le lendemain la température atteint 38° et la fréquence du pouls est de 120 puis de 132 pulsations à la minute ; nous permettons un peu de lait glacé ; il y a une selle sans trace de sang. Pendant les trois journées qui suivent l'amélioration continue ; la température oscille entre 37° et 38°4, le pouls est de 108 à 110 ; nous donnons de petites quantités de bouillon, de

lait et de champagne, le tout glacé ; nous continuons le laudanum ; les selles sont régulières et ne contiennent pas de sang. Tout nous permet de croire que la perforation s'est fermée et que la péritonite a été enrayée ; nous donnons quelque espoir aux parents. Mais la journée suivante les vomissements reprennent en même temps que la température remonte rapidement à 40°, pour tomber ensuite de nouveau brusquement, c'est-à-dire dans l'espace de quelques heures à 37°1 ; le lendemain matin la température est de 35°6, le pouls 96, les vomissements continuent et l'abdomen est très douloureux. Nous instituons le même traitement, car nous sommes convaincus qu'une nouvelle perforation s'est produite et qu'une nouvelle péritonite typhique s'est déclarée, exactement huit jours après la première, donc le trente et unième jour de la maladie. La température oscille entre 35°5 et 35°9 pendant deux jours, et la fréquence du pouls varie de 108 à 132 pulsations à la minute ; pas trace de sang dans les selles. Malgré le mauvais état général la température remonte le troisième jour après la deuxième perforation à 36°6 et 37°1, le pouls devient de nouveau meilleur et les vomissements cessent. Nous ne donnons aucune nourriture par la bouche et nous nourrissons le malade par des lavements nutritifs (lait peptonisé, avec des jaunes d'œuf, du sucre et du laudanum), de 50 gr. d'abord, de 100, 150, 200 et 250 grammes ensuite. Une amélioration notable se produit pendant une huitaine de jours ; la température se maintient dans les environs de 37° sauf une seule montée à 38°2, le pouls varie de 84 à 100 ; l'abdomen n'est presque plus douloureux et les forces commencent à revenir. Nous faisons quelques essais très prudents d'alimentation par la bouche, ce qui fait monter la température vespérale à 38° ; nous n'insistons donc pas trop et nous continuons systématiquement les lavements nutritifs ; l'amélioration continue. Mais le seizième jour après la deuxième perforation, donc le quarante-septième jour de la maladie, l'abdomen devient subitement très douloureux sans aucune cause apparente, les vomissements recommencent et l'état général devient mauvais. Le lendemain les vomissements continuent, la température est de 38°, le pouls monte à 120 et plus tard à 140. Dans la nuit la température tombe de nouveau à 36°9, le pouls devient de plus en plus misérable, les traits s'altèrent, les vomissements sont pour ainsi dire ininterrompus et le malade succombe dans la matinée, c'est-à-dire le quarante-neuvième jour de la maladie. Nous n'avons pas pu faire l'autopsie, à notre grand regret. Nous ne savons donc pas si le malade est mort d'une troisième perforation ou bien des suites ultérieures de la deuxième perforation. L'existence de la troisième perforation nous paraît pourtant infiniment plus probable, mais elle n'est pas prouvée d'une manière absolue au point de vue clinique, car la brusque chute de la température — le symptôme le plus typique de la perforation intestinale — n'a pas eu lieu, ou plutôt n'a pas pu avoir lieu, la température étant à peu près normale avant.

Mais une chose nous paraît absolument certaine, c'est qu'une deuxième perforation a eu lieu au moment où le malade avait supporté victorieusement la première perforation et ses conséquences. Certainement il n'est pas mort à la suite de cette première perforation, et le fait que nous voulons surtout retenir de cette observation intéressante est que notre *malade n'aurait pas succombé* — selon toutes les probabilités — *si une deuxième, peut-être même une troisième perforation ne s'était pas produite*. L'analogie avec le cas de Dieulafoy est donc frappante.

Il nous serait facile de citer d'autres cas et d'autres rapports d'autopsie pour confirmer cette manière de voir; c'est ainsi que Brun a perdu un opéré au septième jour, à la suite de cinq nouvelles perforations, et que Morestin a constaté à l'autopsie d'une opérée morte dix-neuf jours après l'intervention, que la perforation recousue était parfaitement cicatrisée mais qu'une nouvelle perforation s'était produite, etc. Un fait nous paraît donc démontré de la façon la plus formelle : *le danger de la perforation typhique de l'intestin n'est pas seulement la perforation accomplie contre laquelle la chirurgie moderne nous donne des armes précieuses*, *mais surtout la ou les perforations futures*, *successives*, *contre lesquelles nous sommes pour le moment impuissants*.

Nous disons : impuissants, malgré les deux propositions faites pour combattre le danger et que nous ne pouvons pas passer sous silence. La première est de Harvey Cushing qui n'a pas hésité à rouvrir le ventre quand la nouvelle perforation s'est produite; c'est logique, mais c'est un pis aller et les succès opératoires seront rares pour des raisons faciles à comprendre; ajoutez à cela que même une deuxième laparotomie peut ne pas être suffisante, car elle ne met pas l'opéré à l'abri de perforations encore plus tardives. La deuxième proposition est de Lauper qui croit devoir un beau succès opératoire à ce qu'il s'est donné la peine de recoudre la séreuse en bourrelet par-dessus tous les endroits suspects; mais il faut convenir que ces endroits peuvent être trop nombreux, et surtout que souvent les futures perforations intestinales ne sont pas du tout visibles d'avance. Il faut donc chercher autre chose.

Pour arriver à diminuer la mortalité due aux perforations typhiques de l'intestin, nous devons donc accepter d'abord l'aide de la chirurgie pour enrayer le danger occasionné par la première perforation, *mais en même temps nous devons chercher à tout prix un moyen pour éviter des perforations nouvelles*. Comme nous nous trouvons déjà devant un

abdomen ouvert, n'y aurait-il pas lieu de faire davantage que de recoudre la perforation existante et de nettoyer le péritoine? Il nous semble que oui; une intervention plus radicale encore s'impose. Etant donné que nous ne pouvons pourtant pas extirper comme dans l'appendicite la partie malade de l'intestin, souvent longue d'un mètre et au-delà, il ne nous reste qu'un seul moyen : *le repos le plus absolu de toute cette partie du tube digestif pendant un temps assez long, et ce repos absolu et prolongé nous ne pouvons l'obtenir que d'une seule manière : en excluant temporairement l'intestin malade du trajet normal des voies digestives par une iléo-colostomie, genre exclusion unilatérale totale, autrement dit en établissant une anastomose entre une anse intestinale en amont du siège habituel des ulcérations typhiques et le côlon transverse en aval de ces ulcérations.*

Cette proposition est nouvelle, nous le savons; au premier abord elle peut même paraître trop audacieuse. Nous voulons donc discuter les deux points essentiels de toute nouvelle intervention chirurgicale, à savoir, si elle augmente de beaucoup les risques du malade au point de vue opératoire et si elle peut faire atteindre le but proposé.

Quant à la première question, l'iléo-colostomie peut être considérée comme une opération relativement bénigne. Nous croyons qu'on s'y décidera d'autant plus facilement dans notre cas spécial que la laparotomie doit déjà être faite pour une autre raison, et que les dangers de l'opération principale ne seront pas augmentés de beaucoup par l'opération complémentaire. En outre il ne faut pas oublier que la gravité du pronostic actuel justifie amplement, *exige même*, une intervention plus complète.

Quant au but proposé, le repos absolu et prolongé de l'intestin malade, nous croyons *a priori* pouvoir l'atteindre. Toute la chirurgie du tube digestif est là pour plaider en faveur de notre idée, en premier lieu le traitement palliatif des cancers inopérables de l'intestin, surtout les cas de cancer ulcéré avec danger d'hémorragie et de perforation. Ce qu'il faut obtenir c'est d'éviter aux surfaces ulcérées le contact des matières en voie de digestion, c'est encore de diminuer, de supprimer même les mouvements péristaltiques de toute la partie malade de l'intestin, en un mot le repos chimique et le repos physique. Du reste le repos n'est-il pas la partie la plus essentielle, la plus indispensable du traitement de n'importe quelle inflammation aiguë? L'intestin enflammé et ulcéré a donc besoin de ce repos absolu pour se guérir et se cicatriser; et aucun autre traitement ne peut le lui assurer d'une

manière assez complète et pendant un temps assez long, ni la diète, dont la durée est forcément limitée, ni le laudanum, ni la glace, ni quoi que ce soit. L'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde nous apprend la minceur extrême de ce qu'il reste de la paroi intestinale ulcérée, et nous fait comprendre que le moindre petit choc, le mouvement le plus doux, peuvent suffire pour amener la perforation; elle nous enseigne en outre, que, lorsque les premières plaques de Peyer sont en pleine cicatrisation, d'autres situées généralement plus haut sont dans la phase la plus dangereuse de la lésion éberthienne, tandis que d'autres encore n'entreront dans cette phase qu'un peu plus tard. Le repos absolu de l'intestin ulcéré doit donc durer non pas quelques jours mais quelques semaines au moins; et tel que nous l'entendons il ne peut être obtenu que par l'iléo-colostomie.

Cette opération complémentaire aura un autre avantage encore. L'expérience des dernières guerres et celle de toute la chirurgie abdominale moderne nous a prouvé amplement que la perforation d'un intestin vide est infiniment moins grave que celle d'un intestin plus ou moins rempli de matières. Si donc malgré tout une nouvelle perforation vient à se produire, tout nous permet de croire qu'elle sera moins grave que si l'intestin perforé avait eu un contenu quelconque, car la perforation pourra se refermer et la péritonite ne pas se produire.

Faisons donc l'expérience de l'iléo-colostomie comme opération complémentaire, et faisons-la sans crainte.

Avant de proposer l'iléo-colostomie nous avions pensé un moment à l'établissement d'un anus contre nature au milieu de l'intestin grêle, procédé qui théoriquement aurait permis d'arriver au même but. Mais nous savons que le pronostic de l'anus contre nature de l'intestin grêle est mauvais, et cela d'autant plus que l'évacuation est plus haut placée et plus complète, comme cela devrait être dans notre cas spécial. Par contre l'iléo-colostomie nous fait espérer un résultat sûr et constant; elle aura en outre l'avantage de faire passer le contenu du haut de l'intestin grêle dans le côlon transverse, ce qui sera encore utile au malade et sans aucun inconvénient pour lui, étant donné que les lésions éberthiennes n'atteignent pas cette partie du gros intestin.

Dans la dernière partie de cette étude nous voulons parler du procédé opératoire.

Nous connaissons très exactement le siège des ulcérations typhiques de l'intestin grêle, elles se trouvent surtout dans la partie inférieure du jéjuno-iléon en amont de la valvule de Bauhin et assez souvent

aussi dans le cæcum. Nous savons qu'on en a constaté aussi — exceptionnellement — dans le duodénum et — un peu plus fréquemment — dans la première partie du jéjuno-iléon ; mais comme règle générale on peut dire qu'il est rare d'en rencontrer à plus de 3 mètres en amont de la valvule iléo-cæcale. Nous croyons donc qu'en choisissant pour l'entéro-anastomose d'un côté une anse de l'intestin grêle située à environ 3 mètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, autrement dit une anse du milieu du jéjuno-iléon, et de l'autre côté la partie du côlon transverse qui s'y prêtera le mieux, nous aurons exclu toute la partie ulcérée de l'intestin du trajet des matières. Du reste, il vaut mieux choisir une anse située trop haut qu'une anse située trop bas, mais il est dans l'intérêt de la digestion de rester à une bonne distance de l'estomac. La recherche de la perforation qui a nécessité la laparotomie nous permettra de nous orienter en même temps pour le choix de l'endroit, en prenant comme point de départ, soit la valvule iléo-cæcale, soit l'endroit perforé, et en remontant le long de l'intestin grêle à une distance d'environ 3 mètres. A titre de contrôle nous disposons encore des moyens suivants :

1° La longueur du mésentère atteint son maximum au milieu du jéjuno-iléon (jusqu'à 20 centimètres), donc là où nous désirons établir l'abouchement, tandis qu'elle diminue à mesure qu'on s'approche d'une des extrémités de l'intestin grêle où elle n'a plus que 1 ou 2 centimètres; nous choisirons donc une anse intestinale pouvant être éloignée sans difficulté de la colonne vertébrale;

2° Nous savons que la largeur du jéjuno-iléon augmente légèrement à mesure qu'on s'approche de l'estomac;

3° Nous tiendrons compte de l'aspect des arcades vasculaires; nous savons d'après les recherches de Georges H. Monkes que le tiers supérieur du jéjuno-iléon a des vasa recta plantés sur une arcade à un étage, le tiers moyen ses vasa recta sur une arcade à deux étages et à branches terminales ramifiées, et le tiers inférieur des arcades à étages multiples et à branches terminales irrégulières. Ainsi il ne sera pas trop difficile de trouver une anse située dans la partie la plus favorable du jéjuno-iléon; quant au côlon transverse, on l'a pour ainsi dire sous la main. L'iléo-colostomie sera faite — une fois l'opération principale terminée — selon les règles classiques; il nous semble également inutile d'insister sur le traitement ultérieur. Une fois la solidité des réunions assurée, nous n'aurons pas peur de nourrir le malade aussi abondamment que le permettra son état général, mais en évitant soi-

gneusement toute erreur de régime. Quant à l'opération restauratrice du trajet normal, nous ne la ferons que lorsque l'état du malade le permettra; rien ne presse à cet égard.

L'avenir nous apprendra la valeur de la proposition que nous avons l'honneur de soumettre à nos confrères. Si les premiers résultats sont bons, ce sera un encouragement précieux, non seulement pour notre procédé, mais aussi pour le principe même de l'intervention chirurgicale dans les cas de perforation typhique. Sachant combien les résultats obtenus jusqu'à présent sont peu brillants, nous considérons trop la laparotomie dans ces cas comme une opération faite *in extremis*; cette opinion se transformerait rapidement si les résultats obtenus par une intervention plus radicale étaient meilleurs, ce que nous croyons pouvoir espérer.

Il faudrait alors voir, en outre, si ce même principe mérite d'être appliqué dans les cas d'hémorragies répétées pour mettre l'intestin immédiatement au repos; ne savons-nous pas que l'hémorragie précède souvent la perforation? Mais cette question-là ne nous paraît pas encore mûre.

CONCLUSIONS

1° Les résultats du traitement médical des perforations typhiques sont nuls;

2° Les résultats du traitement *chirurgical* des perforations typhiques sont actuellement mauvais; la mortalité est de 75 à 80 pour 100;

3° Les nombreux échecs opératoires sont dus surtout aux perforations successives qui se produisent souvent après l'opération de la première perforation;

4° Comme il n'y a pourtant pas de salut en dehors du traitement chirurgical, il y a lieu de chercher à perfectionner celui-ci, pour que non seulement il soit dirigé contre la perforation déjà produite, mais pour qu'en même temps il empêche la formation des perforations nouvelles;

5° L'iléo-colostomie avec exclusion nous semble le seul moyen qui permette d'atteindre ce but, en mettant toute la partie ulcérée de l'intestin au repos d'une manière complète et pour une durée assez longue; cette opération sera faite immédiatement après la suture de la perforation et la toilette du péritoine;

6° Si grâce à cette intervention plus radicale les résultats du traitement chirurgical devenaient sensiblement meilleurs, comme nous croyons pouvoir l'espérer, il faudra profiter de l'abaissement de la mortalité pour que dorénavant toute perforation typhique de l'intestin soit considérée comme une maladie chirurgicale et opérée selon le double procédé indiqué ici [1].

---

1. Nous désirons remercier M. Roux (de Lausanne) de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à la publication de cet article et des précieux conseils qu'il nous a donnés.